

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

## Information über die Ausgabe von Medikamenten

Name des Schülers/ der Schülerin      Vorname      Geburtsdatum

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt <b>keine</b> Medikamente.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt <b>regelmäßig</b> ärztlich verordnete Medikamente <b>vor bzw. nach Schule.</b>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt <b>regelmäßig</b> ärztlich verordnete Medikamente <b>während der Schulzeit.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt ein ärztlich verordnetes <b>Notfallmedikament.</b>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt <b>zeitlich begrenzt</b> ein Medikament auch <b>während</b> der Schulzeit.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Dieses Medikament ist ärztlich verordnet.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Dieses Medikament ist ohne Rezept zu kaufen.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Mein Kind nimmt die Medikamente selbstständig ein.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p>Ich/Wir <b>beauftrage/n</b> die Schule, die Medikamente während der Schulzeit auszugeben. <b>Ich erkläre mich/Wir erklären uns</b> damit einverstanden, dass die Ausgabe der Medikamente sowohl durch examiniertes Pflegepersonal als auch durch Lehrkräfte geschieht..</p> <p><b>Ich verpflichte mich /Wir verpflichten uns</b>, der Schule die benötigten Medikamente in <b>Originalverpackung</b> mit <b>Beipackzettel</b> zur Verfügung zu stellen sowie <b>Änderungen</b> der Medikation <b>unverzüglich</b> der Schule <b>schriftlich</b> mitzuteilen.</p>
--------------------------	---

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte